

DATOS DEL ASEGURADO

Apellidos y Nombres completos: _____

Nacido en: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nacionalidad: _____ Estado civil: _____

POLIZA N°

CERTIFICADO N°

ULTIMO SUELDO

SUMA ASEGURADA

VIGENCIA

VIGENCIA

PRIMAS A PAGAR HASTA

MONEDA

DIA	MES	AÑO

DIA	MES	AÑO

DIA	MES	AÑO

FALLECIMIENTO

Fecha: _____

Lugar: _____

Causa: _____

Fecha de ingreso al empleo: _____ Ultimo día de trabajo: _____

BENEFICIARIO/S:

Apellidos y Nombres completos:	T. de Doc.	Documento	Porcentaje

OBSERVACIONES

Lugar y fecha: _____

Sello y firma del tomador